FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 361

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

André COHEN-BACRIE

Né à CONSTANTINE le 1er Décembre 1904

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

Eviscérations spontanées post-opératoires chez l'adulte

Président de Thèse : M. le Professeur HARTMANN

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1930

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

André COHEN-BACRIE

Né à CONSTANTINE le 1er Décembre 1904

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

Eviscérations spontanées post-opératoires chez l'adulte

Président de Thèse : M. le Professeur HARTMANN

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

LE DOYEN. . . . . **M. ROGER**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIERE...	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.

MM.	
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)..	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIÈVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.
LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.

MM.	
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . .	Clinique chirurgicale.
LEVÉ-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

ET A MES AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRUHL

Médecin Honoraire des Hôpitaux de Paris.

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude pour l'intérêt qu'il m'a toujours porté.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE

Hommage reconnaissant.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HERTZ

Chirurgien en chef de l'Hôpital de Rothschild en témoignage de ma reconnaissance pour les conseils et l'éducation qu'il m'a donnés durant mon internat dans son service, et pour l'affection qu'il m'a toujours témoignée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu ;

Professeur de Clinique Chirugicale ;

Membre de l'Académie de Médecine ;

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Hommage de respect et de gratitude pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Hôpitaux d'Alger :

Monsieur le Professeur AUBRY (1923) ;
Monsieur le Professeur CONSTANTINI (1924).

Hôpitaux de Paris :

Monsieur le Docteur BRÜHL (1924-1925) ;
Monsieur le Docteur BAUDET (1925).

Externat des Hôpitaux de Paris :

Monsieur le Professeur GRÉGOIRE ;
Monsieur le Docteur BRÜHL (1927) ;
Monsieur le Docteur WELTER (1928).

Internat de l'Hôpital de Rothschild de Paris :

Service de Chirurgie de

Monsieur le Docteur HERTZ (1928-1929-1930).

A Messieurs les Docteurs ZADOC-KAHN
et SCHWAAB

A Monsieur le Docteur GAUTIER
Assistant de Consultation à l'Hôpital Cochin.

En signe de respectueuse reconnaissance.

A Messieurs les Docteurs Jacques KRIEF
et Maurice LEVY

En témoignage de ma reconnaissance et de ma vive sympathie.

PLAN

I. — Avant-Propos.
II. — Historique.
III. — Définition et Généralités.
IV. — Observations : *a*) personnelles; *b*) recueillies.
V. — Etiologie : *a*) Causes locales; *b*) Causes générales.
VI. — Anatomie pathologique.
VII. — Symptômes.
VIII. — Evolution, Complications, Pronostic.
IX. — Traitement.
X. — Conclusions.
XI. — Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

AVANT-PROPOS

Parmi les complications qui peuvent survenir pendant la période post-opératoire. il en est une, heureusement assez rare, mais qui mérite de retenir l'attention, c'est l'*éviscération spontanée,* caractérisée par la désunion des différents plans de la paroi et l'issue hors du ventre des viscères abdominaux.

Cet accident, surprenant le malade le plus souvent lors de sa convalescence, en pleine connaissance, est donc très dramatique.

D'autre part, il semblerait, à première vue tout au moins, être particulièrement grave ; le ventre, ouvert dans un milieu septique et laissant échapper au dehors ses viscères, semble devoir exposer le malade presque à coup sûr à de graves complications et en particulier à une péritonite généralisée.

En réalité, il n'en est pas souvent ainsi et, malgré l'allure dramatique de la complication, le pronostic n'est pas très grave, à condition de la reconnaître

précocement et de lui opposer un traitement immédiat.

Par sa thérapeutique, *cette question entre donc dans le cadre des urgences chirurgicales* et par là-même, mérite de retenir l'attention.

Or, nous avons été surpris, au cours de nos recherches, de ne trouver sur cette question qu'un nombre de travaux très restreint et pour la plupart anciens.

Ayant eu l'occasion d'en observer 4 cas et d'en opérer nous-même 3 au cours de notre internat, il nous a paru intéressant de rassembler dans ce travail une étude générale de la question avec quelques-unes des observations recueillies et de publier nos observations personnelles.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La plupart des travaux sont anciens. Le premier en date est celui de Chavannaz. En 1900, dans la *Revue de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie de Bordeaux,* cet auteur étudie la question et publie 24 observations dont 3 inédites.

La même année Cestan, dans le *Toulouse Médical,* publie un article intitulé : « *Quatre cas d'éviscération post-opératoire spontanée.* »

En 1901, Bauby (*Archives Prov. de Chirurgie,* juin 1901) publie : « *Trois cas d'éviscération post-opératoire spontanée.* »

Cette année-là, quatre thèses paraissent sur la question :

A Paris, celles de Tournemelle et de Mme Katz-Tchebycheff.

A Toulouse, celle de Briançon.

A Bordeaux, celle de Recours, celle-ci publiant 38 observations.

En 1905, paraît un important travail, celui de Madelung. Celui-ci, dans sa communication au XXXIV[e] Congrès de la Société allemande de Chirurgie du 28 avril 1905 (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1905) étudie en détail la question et présente 157 observations qu'il a réunies dans la littérature mondiale.

En février 1929, P. Monod et E. Kiraly, dans la presse médicale (*Presse Médicale* n° 16, 23 février 1929) font une étude de la question et publient six observations inédites.

Enfin en mars 1929, le Docteur Nagy, de Cluj (*Revista Medicale de Cluj*, mars 1929), publie une observation personnelle et une petite étude de la question, avec à l'appui les opinions des Docteurs Gusnard, de Rostock, et Gerota, de Bucarest.

CHAPITRE III

DÉFINITION ET GÉNÉRALITÉS

L'éviscération spontanée post-opératoire consiste dans l'issue hors du ventre d'une partie des viscères abdominaux, par désunion ou rupture de la cicatrice opératoire.

Le plus souvent la rupture de la paroi est complète, les différents plans sont désunis, et les viscères abdominaux font issue hors du ventre. C'est l'éviscération vraie.

Plus rarement, la désunion n'est que partielle, en ce sens que tous les plans profonds : péritoine, muscles et aponévrose sont désunis ; seule la peau résiste et il se produit une *éviscération sous-cutanée*.

Lecène signale cette modalité particulière (*Thérapeutique chirurgicale,* tome III, p. 72). L'une de nos observations personnelles (Obs. II) est un cas analogue.

L'éviscération post-opératoire spontanée peut être *précoce* ou *tardive*.

Éviscération précoce : C'est elle que l'on rencontre le plus souvent, se produisant en général du 7e au 11e jour, plus particulièrement le jour de l'ablation des fils ou des agrafes. C'est elle que l'on observe dans 83 pour cent des cas. Elle mérite le nom d'*éviscération par désunion.*

Éviscération tardive : Plus rarement (17 pour cent des observations) la rupture de la cicatrice est tardive, survenant quelques mois après l'opération, exceptionnellement une à deux années après. C'est l'*éviscération par rupture.*

Nous étudierons successivement ces différentes éventualités ; mais auparavant, voici d'abord *nos observations.* Ce sont des cas typiques, qui montreront, mieux que ne le ferait toute description, comment les choses se passent.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

A) *OBSERVATIONS PERSONNELLES*

OBSERVATION I

M^me^ K... S..., 66 ans, entre à l'hôpital de Rothschild le 26 décembre 1928 pour douleurs dans la région de l'épigastre. Ces douleurs datent de six semaines, sont continues, avec paroxysmes une demi-heure après les repas.

Vomissements fréquents, alimentaires. Anorexie. Pas d'hématémèse. Constipation. Melœna.

A l'examen, au niveau de l'épigastre on sent une tumeur très dure, conique, se prolongeant par sa base sous le rebord costal, immobile, peu douloureuse à la palpation. Pas de métastase perceptible.

Dosage de l'urée dans le sang : 0,20.

Temps de coagulation sanguine : 5 minutes.

Opération du 4 *janvier* 1929. Docteur Hertz. Ether.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On ne trouve aucune lésion gastrique, mais une volumineuse tumeur qui semble occuper le pancréas et qui a le volume d'un poing.

Laparotomie exploratrice. *Fermeture en un plan aux crins doubles.*

Suites opératoires normales; toutefois, une petite poussée de bronchite survient le 3e jour, avec température à 38°. Cette poussée est passagère, la température retombe rapidement à la normale.

Le 12e jour, les crins sont enlevés. La paroi est absolument nette et paraît solide.

Le lendemain, la malade accuse une légère douleur au niveau du ventre et l'on constate la présence dans le pansement des anses intestinales.

Intervention immédiate (Cohen-Bacrie). Une bouffée de chlorure d'éthyle.

Rupture spontanée de la cicatrice. La paroi est à peu près saine. L'estomac et le colon transverse sont hors du ventre.

On baigne ces organes au sérum chaud. Réduction des viscères. Drain. Fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze.

Suites opératoires : Cachexie progressive, apparition d'escharres dans la région sacrée.

Décès 3 jours après par collapsus cardiaque.

Une *réaction de Wassermann,* dans le sang, pratiquée entre temps, revient *fortement positive.*

OBSERVATION II

M. W... J..., 58 ans, entre à l'hôpital de Rothschild le 14 février 1929 pour des douleurs subaiguës de la fosse iliaque droite.

Jamais de vraie crise aiguë, mais douleurs sourdes datant de 10 ans environ.

Ces douleurs siègent au niveau de la fosse iliaque droite et de l'estomac. Elles sont continues, avec recru-

descence une heure après les repas. Irradiation vers l'épaule. Périodes d'accalmie de 2 à 3 mois.

Pas de vomissements, ni nausées. Pas de constipation. Jamais d'ictère.

Examen : Légère sensibilité au creux épigastrique. Le maximum de la douleur est au niveau de la région cœco-appendiculaire.

Radiographie : Pas d'ulcus. Possibilité de périduodénite.

Dosage de l'urée dans le sang : 0,22.

Temps de coagulation : 5 minutes.

Réaction de Wassermann dans le sang : *partiellement positive.*

Opération du 20 *février* 1929. Dr Hertz. Ether.

Laparotomie latérale droite. On se porte d'abord vers la vésicule et le duodénum. Légère péricholécystite et péricolite droite. On se reporte vers l'appendice. Cœcum très adhérent. Il existe une zone adhérente de toute la fin de l'iléon, à la fosse iliaque droite. Au milieu de ces adhérences, on trouve un petit appendice blanc et fibreux. En outre, le méso-colon sigmoïde est venu adhérer par son sommet et par son flanc droit au côté gauche du mésentère. Libération de toutes ces adhérences et appendicectomie.

Fermeture de la paroi en 3 *plans,* catgut sur le péritoine. Muscles et aponévrose. Crins et agrafes sur la peau.

Les suites opératoires sont troublées par l'apparition au 4e jour d'une poussée thermique à 38°. Agitation du malade. Délire. Un dosage d'urée dans le sang donne 2 gr. 90. On pratique une saignée abondante, sérum intraveineux quotidien. Le taux de l'urée diminue progressivement.

Le 7e jour, ablation des crins et agrafes. On constate une petite désunion cutanée de 1 cm. En outre, le ventre

est ballonné, le pouls rapide; bref, signes de péritonite subaiguë.

Le 9e jour, on trouve le pansement souillé par du liquide rosé. L'abdomen est toujours ballonné, et au niveau de la cicatrice existe une *tumeur sous-cutanée,* de la grosseur d'un poing d'enfant, gargouillante, réductible.

Un stylet introduit par l'orifice de la petite désunion cutanée pénètre très profondément dans le ventre.

Il s'agit d'une éviscération sous-cutanée.

Opération d'urgence, du 1er *mars* 1929 (Dr Hertz).

Malade très choqué. Opéré sans anesthésie. Débridement de la plaie. Les plans profonds sont complètement désunis, et leur tranche est grisâtre, atone, légèrement infectée. Gros grain dans le douglas. Mickulicz et mèches dans la fosse iliaque droite.

Fermeture en un plan aux fils de bronze.

Suites opératoires : Tout semble rentrer dans l'ordre. Les mèches sont enlevées les 2e et 3e jours, le sac le 5e jour. Très bon état local, la suture tient.

Mais une bronchopneumonie gangréneuse apparaît alors, et le décès survient 10 jours après par gangrène pulmonaire.

OBSERVATION III

Mme F... D..., 36 ans, entre à l'hôpital de Rothschild le 26 février 1929 pour *métrorragies.* Etait bien réglée jusqu'en 1926. A ce moment, on pose le diagnostic de fausse-couche et l'on pratique un curettage. Depuis cet épisode, la malade est très irrégulièrement réglée et présente des métrorragies fréquentes.

Toucher : Gros utérus polyfibromateux.

Opération du 27 *février* 1929 (Cohen-Bacrie). Ether.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus polyfibromateux, avec un fibrome de l'isthme. Hystérectomie

subtotale. Large évidement conoïde du col. Péritonisation. Fermeture de la paroi en 3 plans au catgut. Agrafes sur la peau.

Suites opératoires : normales. La température est à 37°, dès le 2e jour.

Le 9e jour, ablation des agrafes. Le lendemain, sans que la malade ait accusé la moindre gêne, on trouve des anses grêles hors du ventre.

Opération d'urgence du 7 mars 1929 (Cohen-Bacrie). Rachi-anesthésie.

Désunion complète de la paroi qui ne paraît pas être infectée. Les anses grêles sont hors du ventre, de coloration normale. On les baigne au sérum chaud.

Fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze. Sans drainage.

La guérison survient, sans incident. Les fils sont enlevés le 12e jour. La paroi est solide.

Une réaction de Wassermann dans le sang pratiquée à ce moment est négative.

OBSERVATION IV

M. S... L..., 30 ans, entre à l'hôpital de Rothschild (service de médecine), le 29 août 1929, pour fièvre et douleurs abdominales.

Il est malade depuis environ un mois. Progressivement, il a présenté une température ascendante, qui bientôt s'est installée autour de 40° et demeure en plateau. Se plaint de légères douleurs abdominales.

Examen : Subictère des conjonctives.

Abdomen ballonné, météorisé. Foie augmenté de volume; splénomégalie.

Point douloureux para-ombilical droit, à 2 cm. de l'ombilic. Séro-diagnostic et hémoculture négatifs.

Examen des selles et des crachats négatif.

Réaction de Wassermann positive, dans le sang.

Une laparotomie exploratrice est décidée.

Opération du 11 *octobre* 1929 (Dr Hertz). Protoxyde d'azote.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le ventre ouvert, il s'écoule une assez grande quantité de liquide citrin provenant de l'étage sus-méso-colique. Pancréas normal. Pylore, vésicule et cholédoque n'ont rien. Mais l'angle entre la 1re et 2e portion du duodéum est collé sous le foie et y adhère. A ce niveau on sent une induration assez nette. Gastro-entérostomie postérieure.

Fermeture en un plan aux fils de bronze.

Suites opératoires : Malgré l'intervention, l'état du malade demeure précaire. La température demeure autour de 40°. Le 3e jour, apparaît une poussée de bronchite.

Le 11e jour, les fils sont enlevés. La paroi est nette.

Deux heures après l'ablation, le malade éprouve une légère douleur abdominale. Le pansement est souillé par une sérosité rosée. On constate une désunion totale de la cicatrice avec issue hors du ventre de l'estomac et du mésocolon transverse.

Opération d'urgence du 21 *octobre* 1929 (Cohen-Bacrie). Ether.

Réduction des organes éviscérés préalablement lavés au sérum chaud. Le ventre est rempli de liquide séro-purulent.

Fermeture partielle en un plan aux fils de bronze. Mickulicz et drain.

Décès 3 jours après par collapsus cardiaque. L'état local était satisfaisant.

Telles sont observations personnelles. Voici maintenant quelques-unes des observations déjà publiées.

B) *OBSERVATIONS RECUEILLIES*

Nous ne publions que les plus récentes :

Une observation du Docteur Nagy (*Revue Médicale de Cluj,* 1929) et six observations des Docteurs Monod et Kiraly (*Presse Médicale,* février 1929. Observations recueillies dans le même service que les nôtres et traitées de façon similaire).

OBSERVATION DU Dr ANDRE NAGY

(*Revista medicale de Cluj.,* mars 1929).

Mme H... O..., 46 ans, opérée le 16 décembre 1927 pour cancer de l'utérus. Hystérectomie totale.

Paroi abdominale en 3 plans. Catgut sur le péritoine. Soies sur l'aponévrose.

Le 4e jour, la malade, qui est apyrétique, est levée. Le 8e jour, ablation des fils. La plaie est guérie *per primam.* Le lendemain, la malade se met à tousser. Le surlendemain, l'infirmière trouve des anses intestinales dans le pansement.

Opération d'urgence du 26 décembre 1927. — Sans anesthésie.

Réduction des viscères. Fermeture en 3 plans.

Le 27, état général mauvais. Vomissements. Température à 38°. Pouls rapide. Ventre météorisé et douloureux.

Le 28, mort par péritonite généralisée.

Le Dr Nagy fait remarquer que la cause de l'éviscération lui échappe. Il n'y avait pas de métastase au niveau du péritoine. Pas de trace de suppuration. L'auteur rapporte ensuite les opinions du Dr Gusnard, de Rostock et du Dr Gerota, de Bucarest, sur la question.

OBSERVATIONS DES Drs P. MONOD ET E. KIRALY

(*Presse médicale*, n° 16, 23 février 1929)..

Observation I. — Mme S... Berthe, 59 ans. Utérus fibromateux, kyste de l'ovaire, appendicite. Opérée le 7 novembre 1923, hystérectomie subtotale, appendicectomie. Fermeture de la paroi en un plan, sans drainage. Suites opératoires : Congestion de la base droite le 2e jour. Efforts de toux. Ablation des fils le 10e jour au matin. A midi, la malade ressent une brusque douleur. Le pansement défait peu de temps après, on constate l'éviscération avec issue de toute la masse grêle. Température à 37°9, pas de réaction péritonéale. Réopérée d'urgence; après nettoyage et réintégration des viscères, on refait la paroi en un plan aux fils de bronze, sans drainage. Le lendemain, la température monte à 39°3, mais redescend à la normale le 3e jour. Guérison sans incident.

Observation II. — G... M..., 48 ans. Ulcère du duodénum. Opéré le 13 février 1925. Résection de l'ulcus et duodénoplastie. Paroi en un plan aux fils de bronze. Examens de laboratoire : Wassermann négatif, coagulabilité sanguine en 17 minutes. Suites opératoires : congestion pulmonaire le 3e jour. Ablation des fils le 10 jour. Le lendemain, désunion complète de la plaie, sortie de l'estomac.

Température : 37°6. Pas de réaction péritonéale. Réopéré d'urgence; après nettoyage, on refait la paroi en un plan aux crins doubles. Petit drain. Guérison sans incident.

Observation III. — G... Adèle, 72 ans. Tumeur abdominale de nature indéterminée. Opérée le 23 novembre 1925. Laparotomie exploratrice; on trouve une

tumeur pancréatique maligne. Fermeture de la paroi en un plan aux crins doubles.

Examens de laboratoire : Temps de coagulation : 20 minutes. Suites opératoires normales. Ablation des fils le 10e jour. Une heure après, éviscération avec sortie de quelques anses grêles. Température : 37°8. Pas de réaction péritonéale. Réopérée d'urgence, deux heures après. Nettoyage au sérum, réintégration, fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze, sans drainage. Le lendemain, 38°3. Pouls à 110. Vomissements. Puis tout rentre dans l'ordre.

Guérison sans incident.

Observation IV. — P... F..., 28 ans. Annexite bilatérale, appendicite. Opérée le 27 août 1926, hystérectomie subtotale, appendicectomie. Fermeture de la paroi en 3 plans. Suites opératoires : température oscillant entre 38° et 39° les 5 premiers jours, normale ensuite. Ablation des agrafes le 9e jour. Presque immédiatement après, désunion complète sur 5 cm. avec issue d'une anse grêle. Température : 37°4. Pas de réaction péritonéale. Réopérée d'urgence, on refait la paroi en un plan aux fils de bronze. Guérison sans incident.

Observation V. — B... G..., 30 ans. Gastralgie. Opéré le 26 janvier 1927. Enervation gastrique. Paroi en un plan aux fils de bronze. Examens de laboratoire : *Wassermann positif*. Suites opératoires : pas de fièvre, mais le malade tousse (antécédents bacillaires). Ablation des fils le 10e jour, éviscération presque immédiate. Température : 37°. Pas de réaction péritonéale. Réopéré d'urgence, on refait la paroi en un plan aux fils de bronze, drain. Guérison sans incident. Tabès confirmé ultérieurement.

Observation VI. — L... Amélie, 24 ans. Prolapsus

rectal. Opérée le 15 février 1928, effacement du douglas, recto-colopexie selon la technique de Quenu et Duval, colpopérinéorraphie postérieure. Fermeture de l'abdomen en 3 plans.

Examen de laboratoire : *Wassermann positif*. Suites opératoires : pneumonie double. Ablation des agrafes le 8e jour. Désunion complète dans la nuit, avec issue de toute la masse grêle. Pas de douleur. Aucune réaction péritonéale. Réopérée 4 heures après, après nettoyage au sérum, on refait la paroi en un plan aux fils de bronze, drain dans le douglas, petite mèche. Guérison après suppuration.

La malade revue présente une paroi solide, malgré la suppuration, sauf au niveau du drain, où il existe une petite éventration.

CHAPITRE V

ETIOLOGIE

Essayons maintenant de rechercher les causes de l'éviscération post-opératoire. Elles sont nombreuses. Il en est de locales et de générales.

I. — Causes locales

Localement on a incriminé tour à tour différents facteurs. En particulier :

A) *L'infection de la paroi.* Il ne semble pas qu'on doive y attacher l'importance qu'on lui attribuait autrefois. En effet, très souvent, la paroi est absolument nette, indemne de toute suppuration. C'est ce qui s'est passé dans les six observations des Docteurs Monod et Kiraly et dans celle du Docteur Nagy. Sur nos quatre observations personnelles, la paroi était indemne dans trois cas. Seule, dans l'observation n° II, on trouve une petite désunion cutanée.

Ce que l'on trouve le plus souvent, c'est une infection atténuée, sans suppuration nette, accompagnée

parfois d'une légère élévation thermique à 37°5 ou 38°.

On a incriminé également :

B) *La distension de la paroi,* par le ballonnement ou par une ascite.

Madelung avait signalé cette cause ; les autres auteurs ne lui accordent pas une importance notable. Toutefois, nous signalerons que sur quatre de nos observations, nous trouvons deux fois cette distension de la paroi (soit 50 %). Dans notre observation n° II, la paroi était distendue par du ballonnement intestinal ; dans l'observation n° IV, par du liquide.

Il semble par conséquent que cette distension soit bien une cause favorisante de l'éviscération sinon par action mécanique, du moins et surtout, il semble incontestable qu'il s'agit de péritonites plus ou moins atténuées, qui entraînent une infection pariétale secondaire.

Par contre, nous n'avons retrouvé dans aucune observation récente :

C) *l'altération tuberculeuse du péritoine,* signalée une fois par Chavannaz (Observ. XVII) et trois fois par Recours (deux observations de Vauverts, de Lille), et dans ces trois cas, les auteurs remarquaient que la paroi avait été vraisemblablement infectée au cours de l'opération.

On a accusé également :

D) *le lever précoce* (nous trouvons ce facteur dans l'observation de Nagy : lever le 4e jour) et :

E) *l'ablation prématurée des fils* (Observ. V, de Chavannaz).

L'influence de ces deux facteurs ne peut être niée ; toutefois, ils sont si facilement évitables, que l'on ne peut leur attacher grande importance. On peut rappeler ici l'utilité de l'ablation retardée des fils chez les cancéreux, les cachectiques et les vieillards.

F) *Le siège et la longueur de l'incision* peuvent-ils prédisposer à une éviscération ? La plupart des auteurs répondent non.

Pour GUSNARD, de Rostock, la laparotomie médiane sus-ombilicale favoriserait davantage la production de l'éviscération parce que :

1°) la tension abdominale est plus marquée au niveau de l'épigastre ;

2°) à cause de la difficulté plus grande qu'il y aurait à suturer le péritoine à ce niveau.

Nous ferons remarquer qu'il s'agit en général de laparotomies *médianes* (100 % des observations des Docteurs Monod et Kiraly). Trois sur quatre de nos observations personnelles, soit 75 %. Une seule était une laparotomie latérale.

Enfin :

G) *le mode de suture* est-il en cause dans la production de l'éviscération ?

Sur les six observations de Monod, la paroi avait été refaite quatre fois en un plan, deux fois en trois plans ; celle du Docteur Nagy l'avait été en trois plans.

Chez nos malades, la paroi avait été faite deux fois en un plan et deux fois en trois plans. Ainsi, sur onze observations, nous trouvons six parois refaites en un plan et cinq en trois plans. Le mode de fermeture ne semble donc pas être un facteur causal très important. D'ailleurs, chez ces malades, réopérés d'urgence, *on refait la paroi en un seul plan et cela suffit à résister à la pression abdominale* et à *permettre la guérison.*

Nous reviendrons d'ailleurs sur l'importance du mode de suture, à propos du traitement préventif de l'affection.

Le facteur mécanique causal le plus important semble être sans conteste.

H) *l'effort,* qu'il s'agisse d'efforts de

vomissements (signalés 21 fois par Madelung, soit 13,5 %) ou surtout

d'efforts de toux. Ce facteur semble avoir une importance capitale que, d'ailleurs, la plupart des auteurs lui reconnaissent.

On sait, en effet, la fréquence des congestions pulmonaires, voire même de petites poussées de bronchite chez les opérés. Dans la plupart des observations d'éviscération, la toux a été signalée :

Chavannaz : 6 fois sur 24 cas (25 %) ;

Madelung : 51 fois sur 157 cas (32,4 %) ;

Recours : 2 fois sur 38 cas (7 %) ;

Monod et Kiraly : 4 fois sur 6 cas (66 %) ;

Nagy : 1 fois sur 1 cas (100 %).

Dans nos 4 observations nous trouvons les faits suivants : notre premier malade fit une poussée de bronchite le troisième jour, avec température à 38°. Le deuxième mourut d'une broncho-pneumonie gangreneuse. Le quatrième fit une poussée de bronchite le neuvième jour. Seule l'observation III est indemne de phénomènes pulmonaires. Donc trois fois sur quatre (soit 75 %) l'effort de toux paraît donc bien être une des causes favorisantes les plus importantes dans la production des éviscérations.

Mais, nous fera-t-on remarquer, nombreux sont les malades qui, après une intervention, toussent ; or, l'éviscération est relativement assez rare. C'est que, les causes locales, pour si importantes qu'elles soient, sont insuffisantes à expliquer cette complication post-opératoire. Pour que celle-ci se produise, il faut un terrain spécial et les causes générales interviennent alors.

II. — Causes générales

La cause la plus généralement admise est LE CANCER.

La plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître que ce sont des malades opérés pour un néoplasme qui font une éviscération, et ils font intervenir le fait que chez les cancéreux, il se produit un défaut de plasticité des tissus, qui en retarde la cicatrisation.

C'est le cancer qu'incrimine Madelung dans son

travail. Toutefois, il ne donne pas de statistique précisant la fréquence de cet élément étiologique.

Dans le travail de Chavannaz, trois fois le cancer est en cause sur ses 24 observations (12,5 %).

Recours a signalé le cancer sept fois sur 38 observations (18 %). Encore ferons-nous observer que dans les observations que nous citons, l'examen histo-anatomo-pathologique n'a pas toujours été fait et que le cancer a pu passer inaperçu.

Sur les six cas de Monod et Kiraly, le cancer est en cause une fois (soit 16,6 %).

L'observation de Nagy est une observation de cancer (soit 100 %).

Enfin l'un de nos quatre cas est un néoplasme (25 %).

Le cancer est donc un facteur de tout premier ordre et mérite bien sa place au premier plan comme cause générale de l'éviscération. Toutefois, le cancer n'est pas la seule cause importante, et nous croyons pouvoir lui opposer :

La syphilis, signalée par Chavannaz comme cause possible ; Monod et Kiraly y insistent déjà davantage et font justement remarquer que la réaction de Bordet-Wassermann était encore inconnue à l'époque où ont paru la plupart des travaux sur l'éviscération et que la syphilis aurait pu, pour cette raison, être méconnue comme cause possible. Dans leurs six observations, trois fois la syphilis a été recherchée, et deux fois la réaction de Bordet-Wassermann fut positive. Chez leurs trois autres malades, la syphilis ne

fut pas recherchée. Leur pourcentage serait donc de 2 sur 3, soit 66 %.

Chez nos quatre malades, nous avons systématiquement recherché la syphilis et nous avons eu :

Observation I : Réaction fortement positive ;
Observation II : Réaction partiellement positive ;
Observation III : Réoction négative ;
Observation IV : Réaction positive.

Donc trois de nos malades sur quatre étaient des syphilitiques (soit 75 %).

Cette très forte proportion nous fait croire que la syphilis joue un rôle important dans la production de l'éviscération post-opératoire.

On ne peut pas dire qu'il s'agit dans nos observations d'une simple coïncidence entre syphilis et éviscération. Car nous avons fait l'expérience suivante. Nous avons pris au hasard vingt opérés, dont les suites opératoires furent normales et qui ne *firent pas d'éviscération.* Nous avons recherché chez eux la syphilis, cliniquement et par le laboratoire. Le résultat fut négatif dans 19 cas. Un seul nous donna une réaction de Wassermann faiblement positive dans le sang.

Nous croyons donc devoir insister sur la syphilis en tant que cause favorisante de l'éviscération post-opératoire, comme au moins aussi importante que le cancer.

Mais, dira-t-on, tous les cancéreux ou les syphilitiques opérés ne font pas d'éviscération. Il faut donc l'association de ces causes générales aux causes

locales et la combinaison de ces différents facteurs, et l'on peut conclure en disant :

Une cause mécanique, OCCASIONNELLE, *toux, vomissements, distension, ou lever précoce, sur un opéré présentant la cause prédisposante* NÉCESSAIRE, *cancer ou syphilis, favorise la production de l'éviscération post-opératoire.*

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique comprendra :

a) L'état de la plaie ;

b) Les organes éviscérés et leur état.

A) Etat de la plaie

Celle-ci est saine, ou légèrement infectée. Les lèvres de la plaie sont généralement grisâtres, atones, sans suppuration vraie, mais ne saignant pas. Bref, signes d'infection, mais d'infection atténuée de la paroi.

B) Les organes

Les organes éviscérés sont, par ordre de fréquence :

L'intestin grêle et l'épiploon (56,5 % des cas) ; 2 sur 4 de nos observations, soit 50 %).

Plus rarement :

L'estomac : Observation de Mongie ; 2 observa-

tions de Monod et Kiraly ; 1 sur 4 de nos observations.

Le côlon transverse : Observation de E. Schwartz.

Le cœcum et le côlon ascendant : Observation XX de Chavannaz.

Etat des organes

Le plus souvent leur aspect est absolument normal, surtout au début de l'accident.

Si on laisse séjourner ces organes hors du ventre, au bout de quelques heures, ceux-ci se congestionnent et deviennent rouges ou violacés.

Exceptionnellement (1 observation de Madelung) on assiste à un véritable étranglement des organes.

CHAPITRE VII

SYMPTOMATOLOGIE

I. — Eviscération précoce

Nous passerons rapidement sur les symptômes de l'éviscération car nous les avons décrits au cours de nos observations.

Le début est en général brusque ; il se produit du 7e au 11e jour ; le plus souvent le pansement a été fait, les fils et agrafes enlevés, la paroi est nette. Rien ne fait prévoir l'accident et dans les heures qui suivent, après un effort, une quinte de toux, l'éviscération se produit.

Quelquefois, à ce moment, le malade éprouve une vive douleur au niveau de l'abdomen, sensation d'arrachement, de déchirure. Ce début douloureux n'est pas fréquent ; le plus souvent le malade n'accuse aucune sensation douloureuse, mais il sent une masse chaude, mobile et gargouillante sous le pansement.

Enfin, éventualité fréquente, l'incident passe inaperçu du malade et l'attention n'est attirée que par le fait que le pansement est souillé, imbibé de *sérosité*

rosée, ou par l'issue hors du pansement d'une anse intestinale.

Les signes généraux sont le plus souvent nuls. Peu ou pas d'élévation thermique ; rarement accélération du pouls ; bref, aucun trouble de l'état général, comme le faisait déjà remarquer Dœbelin (*Deutsche Med. Wochenschrift,* 1899).

II. — Eviscération tardive

Celle-ci survient quelques mois après l'intervention, parfois un à deux ans après. Même début brutal. Après un effort violent ou une chute, une rupture de la cicatrice se produit et les viscères s'échappent hors du ventre.

Le malade est alors en état de schock, facies décoloré, sueurs profuses, pouls accéléré.

L'observation suivante, citée par Tixier (Observation n° 6 de Chavannaz) est caractéristique :

Il s'agissait d'une *hernie ombilicale.* Cure radicale. Deux ans après récidive.

Au cours d'un effort de défécation, une rupture de la cicatrice se produit, avec issue des viscères que la malade recueille dans son tablier. Opération d'urgence. Guérison.

Chavannaz a réuni 5 cas d'éviscération tardive, Madelung 18. Il y eut guérison dans tous les cas, après intervention.

Nous n'avons pas recueilli d'autre observation d'éviscération tardive.

CHAPITRE VIII

ÉVOLUTION — COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

L'évolution de l'éviscération post-opératoire dépend :

d'une part de la thérapeutique employée ;

d'autre part de l'état du malade.

Le traitement doit être immédiat, nettoyage des viscères, réduction des organes, fermeture du ventre avec ou sans drainage suivant les cas.

Ainsi traité, que devient le malade ? Guérit-il ou est-il exposé presque à coup sûr à la mort par péritonite généralisée comme le voulait Salva-Mercadé ? (*La période post-opératoire.* Masson, 1910.)

Voyons les statistiques :

Chavannaz note 5 décès sur 24 cas (20 %) ;

Madelung note 43 décès sur 157 cas (27 %) ;

Recours note 12 décès sur 38 cas (18 %) ;

Cestan note 0 décès sur 6 cas (0 %) ;

Monod note 0 décès sur 6 cas (0 %).

Sur nos 4 malades, 3 sont décédés (75 %). Dans l'ensemble on serait donc tenté de porter un pronostic sombre. En réalité, il n'en est rien.

En effet, si on examine les 43 observations de Madelung seterminant par un décès, on se rend compte que dans 14 d'entre elles, l'éviscération ne fut pas la cause de la mort.

Sur les 12 décès signalés par Recours, 7 ne sont nullement imputables à l'éviscération.

De même nos 3 observations sont probantes. La première était une femme atteinte de néo du pancréas, cachectique, avec de larges escharres fessières, et qui mourut de défaillance cardiaque trois jours après la cure de son éviscération. Le deuxième fit une broncho-pneumonie gangréneuse dont il mourut dix jours après son éviscération. Le troisième était déjà atteint de septico-pyohémie, dont il mourut. Notre quatrième malade, par contre, opérée pour fibrome, était une femme jeune, bien portante. Aussi guérit-elle de son éviscération sans aucune suite. Il en fut de même des six opérés de Monod et Kiraly et de ceux de Cestan.

Une conclusion s'impose donc : Croire que la péritonite purulente est l'évolution habituelle d'une éviscération est erronné. C'est une éventualité possible, mais non inévitable.

Le pronostic dépend donc, d'une part, de la précocité du traitement chirurgical mis en œuvre, et surtout de l'état général du malade, avant la production

de l'éviscération. Si c'est un malade très atteint, cet accident lui sera fatal presque à coup sûr. Si, au contraire, c'est un opéré à bon état général, déjà au début de sa convalescence, on peut dire que cet accident, n'est pas d'une gravité extrême.

Quant aux *complications tardives,* auxquelles le malade peut se trouver exposé, elles sont rares. On a signalé :

La récidive de l'éviscération. Recours, dans sa thèse, en cite 3 observations.

Cet auteur signale également 3 cas *d'occlusion intestinale* tardive.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

I. — Traitement curatif

Dès que l'éviscération a été reconnue, il faut d'urgence intervenir chirurgicalement.

Choix de l'anesthésie. — Ce sont des cas d'espèces et il faut être éclectique. On a recours surtout à l'anesthésie générale. Toutefois, il faut savoir que, comme on s'adresse à des malades en état de schock, généralement une bouffée d'anesthésiant (éther ou chlorure d'éthyle) est suffisante. Deux sur quatre de nos malades furent même opérés sans anesthésie.

Il s'agit ensuite de refaire la paroi. Lecène (*Thér. Chirurg.*, tome IV) conseille la suture en trois plans au catgut. Nous ferons toutefois remarquer que la *fermeture en un plan,* aux crins doubles ou aux fils de bronze, étant de beaucoup plus rapide et donnant les mêmes résultats, semble préférable.

Suivant l'état du péritoine et des organes, on draine ou on ferme complètement.

II. — Traitement préventif

Nous passons rapidement sur les précautions habituelles à prendre avec les opérés : port d'un bandage, éviter l'ablation prématurée des fils et le lever précoce du malade. Calmer la toux, combattre l'agitation et le délire.

Surtout, nous avons vu que deux causes principales étaient à la base de l'éviscération : le cancer et la syphilis. C'est pourquoi, chez un cancéreux ou un syphilitique, le chirurgien devra attacher à la fermeture de la paroi un soin tout particulier. De tels opérés demanderont après l'intervention une surveillance toute spéciale ; le moindre effort leur sera évité ; les fils et agrafes leur seront laissés deux ou trois jours de plus que normalement, et peut-être trouvera-t-on justifié pour ces malades l'usage de matériel de suture à résorption lente.

Est-ce à dire que, toutes ces précautions étant prises, l'opéré sera absolument à l'abri d'une éviscération ? Non ! Nous avons vu, en effet, qu'il existait des cas où une éviscération se produisit, alors que rien ne pouvait la faire prévoir.

Toutefois, c'est en redoublant de précautions, que l'on pourra éviter, autant que faire se peut, la production de cette complication post-opératoire.

CHAPITRE X

CONCLUSIONS

L'éviscération spontanée post-opératoire chez l'adulte est une complication moins rare que ne le laissent supposer les travaux anciens.

Elle survient le plus souvent précocement du 7e au 11e jour après l'intervention.

Elle a pour causes le lever précoce, l'ablation prématurée des fils, et surtout l'effort, en particulier efforts de toux.

Les travaux anciens voient dans le cancer sa principale cause prédisposante générale ; nous croyons devoir reconnaître à la syphilis une place au moins aussi importante qu'au cancer. L'infection locale, même atténuée, semble devoir jouer également un rôle dans sa production.

Cliniquement, elle revêt une allure insidieuse. Son pronostic toutefois n'est pas si sombre qu'on l'a dit. Il dépend : d'une part, de la précocité du diagnostic et du traitement chirurgical mis en œuvre, et surtout

de l'état général du malade avant son apparition : accident sérieux, mais rarement mortel, quand il trouble une convalescence normale, il est au contraire le plus souvent fatal chez un opéré à l'état général déficient.

Son traitement curatif, essentiellement chirurgical, consiste dans la réduction des viscères et la réfection de la paroi, avec ou sans drainage.

Au point de vue préventif, s'il est pratiquement impossible de prévoir qu'un malade fera une éviscération, du moins doit-on attacher un soin particulier à la fermeture de la paroi, en opérant un malade susceptible de faire une éviscération, c'est-à-dire chez un bronchitique, un cancéreux ou un syphilitique.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

CHAPITRE XI

BIBLIOGRAPHIE

CHAVANNAZ. — *Revue de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux,* 1900, t. II, n°s 5 et 6.

— *Bulletin Médical,* 1900.

CESTAN. — « Quatre cas d'éviscération port-opératoire spontanée ». *Toulouse Médical,* 1900.

— « Deux nouveaux cas d'éviscération post-opératoire spontanée ». *Toulouse Médical,* 1906.

BAUBY. — « Trois cas d'éviscération post-opératoire spontanée ». *Arch. Prov. de Chir.,* juin 1091.

BRIANÇON. — *Thèse Toulouse,* 1901.

RECOURS. — *Thèse Bordeaux,* 1901.

TOURNEMELLE. — *Thèse Paris,* 1901.

Mme KATZ-TCHEBYCHEFF. — *Thèse Paris,* 1901.

SALVA-MERCADÉ. — *La période post-opératoire.* Masson, 1910.

DŒBELIN. — *Deutsche Med. Wochenschr.,* 1899, n° 48.

MADELUNG. — *Zentralbl. f. Chirurgie,* 1905, n° 30.

LECÈNE-LERICHE. — *Thérapeutique chirurg.*, t. III, p. 72.

MONOD et KIRALY. — « Eviscération post-opératoire spontanée chez l'adulte ». *Presse Médicale*, n° 16, 23 février 1929.

NAGY. — *Revista Med. Cluj.*, mars 1929.